2.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE

CONGRÈS DE 1895

QUELQUES MOTS SUR L'OPÉRATION

DE LA

CATARACTE SECONDAIRE

PAR

Le Professeur WICHERKIEWICZ

(DE POSEN)

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1895

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE

CONGRÈS DE 1895

QUELQUES MOTS

SUR

L'OPÉRATION DE LA CATARACTE SECONDAIRE

par le professeur WICHERKIEWICZ (de Posen).

Malgré la technique la plus excellente il nous arrive très souvent que l'effet de l'opération de la cataracte n'est pas obtenu d'après notre espérance, ou qu'il apparaît beaucoup inférieur au résultat que nous avons promis au malade.

Dans une grande majorité de cas il ne nous reste qu'à procéder à une opération secondaire pour livrer un passage au corps vitré à travers une ouverture centrale pratiquée dans la cataracte secondaire. Quoique cette opération soit dans beaucoup de cas très facile, peu douloureuse et d'un succès presque instantané, quelquefois même brillant, elle doit être considérée tout aussi sérieusement que l'opération primaire quant à la méthode par laquelle nous devons tâcher d'atteindre notre but, et surtout quant à l'asepsie qui devrait être observée le plus rigoureusement, même pour ces opérations en apparence le moins vulnérantes.

Je dirai même que cette opération doit être exécutée avec plus de soin encore, puisque nous risquons que le malade vienne à perdre la vue qu'il a déjà gagnée par l'opération primaire et que nous espérions améliorer.

Eh bien ! ne croyez pas, Messieurs, que je veuille abuser de votre patience en vous donnant un traité sur l'opération de

la cataracte secondaire. Mon intention ne va pas si loin. Je tâcherai seulement de signaler en quelques traits ce que j'ai trouvé dans ma pratique de mieux à suivre sous ce rapport.

Le choix de la méthode la plus efficace dépend de la forme de la cataracte secondaire.

Traitons d'abord des cas les plus difficiles, à savoir des cataractes secondaires compliquées, formées par des membranes épaisses agglutinées à l'iris et fermant toute ouverture de la pupille.

La première règle à suivre c'est de ne pas attaquer l'œil avant que tout état d'irritation soit dissipé. Aussi longtemps qu'on voit l'iris hyperhémié, ou qu'on voit des vaisseaux sanguins sur la membrane pupillaire, on devrait s'abstenir de toute intervention opératoire. Avant de procéder à une opération, il vaut mieux laisser s'écouler des mois et même des années et se contenter d'un traitement médicamenteux.

Le moment favorable venu, on fait l'irodotomie d'après la méthode de de Wecker, ce qui nous donne très souvent des résultats satisfaisants. Plusieurs fois j'ai procédé, d'après Mooren, en introduisant par la cornée le couteau de Graefe pour couper la membrane iridienne autant qu'il est nécessaire. Il m'est arrivé de voir après ce procédé opératoire une pupille noire et presque nette et bien formée comme après une iridectomie régulière. Mais quelquefois on voit, surtout si l'on opère trop tôt, après ou même pendant l'opération d'iridotomie, un épanchement sanguin qui obscurcit de nouveau la pupille artificielle. Il arrive souvent qu'après la résorption du sang on a une ouverture pupillaire suffisante ; mais très souvent cette ouverture se ferme de nouveau, ce qui nous force de répéter l'opération après un délai qui ne devrait pas être trop court. D'autre part, il nous arrive de voir dans des cas très graves qu'une ouverture, faite nettement et sans écoulement de sang, se ferme de nouveau par une rechute d'iritis plastique. Alors il ne nous reste qu'à soumettre le malade à un traitement général, attendu qu'il s'agit d'habitude, dans ce cas, de la syphilis ou d'un autre état constitutionnel.

Il va sans dire qu'on doit toujours après l'opération instiller suffisamment les mydriatiques et appliquer des compresses

froides à travers le bandeau mouillé s'il y avait un épanchement sanguin.

Supposons maintenant que la membrane pupillaire ne soit formée que par la cristalloïde seule et par ses produits sans le concours de l'uvée, qu'elle n'obture pas l'ouverture pupillaire entière en laissant une petite partie libre, et qu'elle ne soit pas trop agglutinée à l'iris, alors notre procédé opératoire à choisir dépend de l'étendue et de l'épaisseur de la membrane. Si elle est forte, épaisse, avec adhérences larges de l'iris, on pratique de préférence d'abord une iridectomie, si celle-là n'a pas été faite auparavant, et alors on tâche de saisir la membrane avec une pince à iridectomie, puis on la fait sortir de la chambre antérieure doucement et autant que possible entièrement, si les adhérences ne sont pas trop fortes. Mais au moment où nous trouvons que nous ne réussirons pas à extraire ni la membrane entière, ni même une forte partie, sans produire sur le tractus uvéal un tiraillement plus ou moins irritant, nous coupons, avec les ciseaux de de Wecker, dans cette membrane un morceau triangulaire qui se laisse ensuite enlever facilement.

Du moment où les adhérences ne sont pas très grandes et que la membrane n'est pas trop épaisse, on peut se passer de l'iridectomie et faire l'extraction de la membrane par une petite plaie linéaire de la cornée qu'on traverse presque perpendiculairement à sa surface à deux millimètres de distance de l'anneau scléroticai dans un rayon opposé au rayon correspondant à la plus forte épaisseur de la cataracte secondaire. La plaie externe ne doit avoir qu'une étendue de 3 à 4 millimètres. On saisit avec la pince à iridectomie ou avec un crochet aigu la membrane et on la retire doucement, sans exercer de grands tiraillements. Du moment que l'extraction totale ne se laisse pas faire facilement sans tirer le tractus uvéal, on coupe la membrane autant qu'il est possible, en entrant avec des ciseaux à pointe émoussée, et l'on finit l'opération par le nettoyage de la plaie.

Il ne faut jamais trop tenter d'extraire la membrane en totalité ; cela serait en principe une mauvaise manœuvre. Pour rétablir les fonctions de l'œil d'une manière satisfaisante, nous n'avons pas besoin de débarrasser le champ pu-

pillaire de la presque totalité des produits morbides qui s'opposent au passage des rayons lumineux. On obtient parfaitement le but cherché si l'on arrive à débarrasser le champ pupillaire d'une partie située autant que possible au milieu de cette membrane. L'iris peut quelquefois s'engager dans la plaie, ce qui nous obligera, s'il ne se laisse pas réduire, à l'exciser.

Un autre accident peut se présenter pendant ou après la sortie de la membrane, c'est-à-dire le prolapsus du corps vitré. La plaie étant étroite, la quantité de corps vitré qui fera hernie, sera très faible ; dès lors le danger n'étant pas grand, on finit l'opération sans se laisser gêner par cet accident.

L'opération faite, si le corps vitré ne tend pas à se retirer, on le coupe tout près de la plaie.

C'est bien rare qu'on voie un écoulement sanguin dans la chambre antérieure. Dans ce cas-là nous serons tentés de le faire sortir en ouvrant la plaie avec un stylet, et l'on appliquera, une fois l'opération finie, des compresses froides à travers le bandeau. Du reste le sang disparaît en peu de temps ; aussi ne parlerai-je pas du traitement post-opératoire, qui ne diffère en rien de celui que nous connaissons tous.

Nous arrivons maintenant à la cataracte secondaire simple, qui est, à ce que nous savons déjà, le résultat des produits et des modifications de la capsule seule. Ici, nous trouvons assez souvent des synéchies de la cristalloïde blessée avec l'iris, qui se forment d'autant plus facilement que la chambre antérieure tarde à se rétablir. Nous observons cela surtout dans les cas où nous avons fait une extraction sans iridectomie. Mais chacun de nous, Messieurs, connaît bien les cas où, après une opération très bien réussie, l'opéré nous revient quelque temps après en se plaignant de ne pas voir aussi bien qu'au début ; et il ne s'explique pas cet affaiblissement de la vision, puisque la pupille apparaît clair-noir. C'est par un examen minutieux que nous en trouvons la cause. La cristalloïde postérieure est devenue le siège d'altérations qui diminuent d'une quantité très sensible l'acuité visuelle, obtenue d'abord par une extraction parfaite.

Ce sont là les cas qui s'appliquent parfaitement à la disci-

sion qui, *a priori*, paraît être la méthode opératoire par excellence. On sait très bien ce que c'est que la discision de la cataracte secondaire. Si j'ajoute ici quelques mots, c'est que je la fais un peu autrement que l'indique la règle généralement adoptée. Je fais la discision à l'aide d'un petit couteau de Knapp; j'enfonce le tranchant de l'instrument, un peu avant le bord cornéo-scléral, perpendiculairement au rayon de la cornée et non dans la direction de celui-ci, à la place qui est opposée à celle de la partie la plus épaisse de la cataracte secondaire; je pousse le petit couteau toujours parallèlement à la surface de l'iris, vers la périphérie où se trouve la partie la plus épaisse de la membrane; arrivé là, je baisse le tranchant et je tente de sectionner les synéchies s'il y en a; ensuite j'enfonce le tranchant dans la cataracte secondaire et retire le couteau vers le lieu d'entrée, en coupant la membrane; si je pense qu'une incision simple ne puisse suffire, je fais dévier le couteau avant de le retirer, pour le mettre horizontalement et pratique une incision cruciale. Cela fait, je retire l'instrument en suivant la même direction que pour son entrée.

Quels sont les avantages de ce procédé?

1° On peut facilement sectionner les synéchies;

2° Avec un couteau coupant et manœuvré comme j'ai dit, on pratique mieux l'ouverture que si l'on déchire seulement au moyen d'une aiguille;

3° On évite l'écoulement de l'humeur aqueuse; et nous savons qu'un écoulement rapide provoque très souvent, surtout chez des gens âgés, la rupture de vaisseaux intra-oculaires.

4° Probablement le danger d'infection est beaucoup moindre que lorsqu'on fait la discision par kératonyxis. Jusqu'à présent, heureusement, je n'ai eu aucun accident d'infection sur une quantité de 80 cas opérés par ce procédé.

Vous me direz, Messieurs, et à bon droit, que cela ne prouve rien, parce que c'est un accident rare que d'observer une suppuration à la suite de la discision par kératonyxis.

Pour justifier la supériorité de ce que j'appellerai la scléronyxis antérieure, il nous faudrait un grand matériel statistique. Théoriquement, je suppose pourtant que le danger

d'infection est beaucoup moins à craindre par cette dernière méthode.

En voici, peut-être, l'explication : juste à la limite de la cornée l'épithélium est mieux développé ; la membrane basale antérieure, s'effilant, prend de plus en plus un aspect fibrillaire, et enfin on y trouve des anses de vaisseaux sanguins.

Je suppose que le bord cornéo-scléral, où le tissu se trouve plus serré, est moins favorable à l'infection, d'abord parce que la petite plaie se ferme aussitôt le couteau retiré, de manière que même l'humeur aqueuse ne peut pas s'écouler ; et puis s'il se trouve des microbes pathogènes, ils rencontrent là de petits vaisseaux sanguins, et nous savons que le sang facilite la lutte contre ces petits parasites.

5° Enfin on évite de petites taies, résultat assez fréquent de la kératonyxis, taies peut-être peu gênantes pour la vue, mais qui néanmoins, si elles sont parfois un peu plus prononcées, produisent la dispersion de la lumière, et nuisent à l'effet plastique.

Quant à l'acuité visuelle obtenue par la scléronyxis antérieure, je n'ai eu qu'à m'en louer ; le traitement post-opératoire est si simple, que le malade peut être rétabli en un ou deux jours au plus. Jamais je n'ai vu dans mes opérations la moindre réaction, jamais une injection péricornéenne plus prononcée, ni une hyperémie de l'iris, de sorte que je puis assurer que je regarde la scléronyxis antérieure comme une opération qui ne peut être remplacée par aucune autre méthode opératoire dans les cas mentionnés ci-dessus.

M. de Wecker. — Je ne voudrais pas entreprendre une discussion sur l'opération de la cataracte qui nous entraînerait trop loin. Toutefois je rappellerai que tout le monde admet actuellement que les accidents qui surviennent à la suite de l'extraction doivent être imputés à l'infection, aussi porte-t-on toute son attention sur le genre de plaie que l'on fait afin d'éviter toute immigration de germes. Les mêmes principes doivent être appliqués aux divers genres d'opérations de cataracte secondaire, et les résultats seront d'autant plus

sûrs que la plaie est ici plus circonscrite et que l'on fait usage d'instruments parfaitement désinfectés.

M. Galezowski. — Il faut toujours attendre trois ou quatre mois pour opérer une cataracte secondaire. Avec mon aiguille à discision, très fine et en forme de serpette, je pénètre par la cornée, dans laquelle je ne produis qu'une plaie insignifiante, et de là je discise la capsule dans plusieurs directions. De cette façon je n'ai jamais eu aucune complication d'infection, d'hémorrhagie, ni d'issue du vitré.

M. Abadie. — Nous sommes aujourd'hui parfaitement outillés pour le traitement des cataractes secondaires. Quand il n'existe qu'un simple débris capsulaire on l'extrait facilement avec les pinces de Liebreich plus ou moins modifiées. Quand l'iris tiraillé vers la plaie a pris la place de l'ancienne pupille il suffit de le sectionner perpendiculairement au sens de la traction avec les ciseaux-pinces de Wecker.

Enfin dans les cas les plus défavorables quand l'iris est tapissé de fausses membranes, j'ai recommandé, il y a déjà plusieurs années, un procédé qui consiste à faire deux sections simultanées avec deux couteaux lancéolaires. Par la première incision on fait pénétrer les ciseaux-pinces et de deux coups de ciseaux on taille un large lambeau qu'on saisit avec une pince introduite dans la seconde ouverture. On l'attire au dehors et on l'excise. De cette façon on évite les tiraillements sur l'iris qui sont toujours à redouter.

M. Wicherkiewicz. — Je répondrai à M. de Wecker que les accidents consécutifs à l'opération de la cataracte secondaire ne sont pas la conséquence unique d'une infection, quoique celle-ci soit la plus fâcheuse. C'est pourquoi j'ai justement choisi, comme point d'attaque de la cataracte, le bord cornéo-scléral, dans lequel la plaie se referme le plus vite.

Quant à M. Galezowski, je lui répondrai que je ne vois pas la nécessité d'attendre toujours 3 à 4 mois pour opérer une cataracte secondaire. Au contraire, je trouve qu'il vaut mieux faire la discision d'une cataracte secondaire simple quelques semaines après l'opération primaire, avant que la membrane pupillaire ne s'épaississe.

On s'est étonné de la grande quantité de cataractes secondaires que j'ai soumises à l'opération. Pour expliquer cela il faut que j'ajoute que j'opère très souvent les cataractes non mûres, qui sont suivies de cataracte secondaire plus souvent que la cataracte mûre et je trouve qu'il vaut mieux s'exposer à l'opération d'une cataracte secondaire que de vouloir l'éviter par un procédé opératoire de maturation de la cataracte non mûre, procédé qui, à mon avis, présente beaucoup plus de dangers.

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot. — J. Thevenot, successeur, Saint-Dizier (Hte-Marne).